

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
**ARTROSCOPIA DE HOMBRO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA</b>
<b>1</b>	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ARTROSCOPIA DE HOMBRO</b>
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para esta intervención eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p><b>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.</b> Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
<b>1.1</b>	<b>LO QUE USTED DEBE SABER:</b>
<p><b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE</b></p> <p>El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar las lesiones periarticulares e intraarticulares del hombro que están causando dolor y el déficit funcional.</p>	
<p><b>CÓMO SE REALIZA:</b></p> <p>Esta intervención se realiza bajo anestesia cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el servicio correspondiente.</p> <p>La intervención consiste en la introducción, a través de pequeñas incisiones (portales), de una cámara de vídeo dentro del hombro que permite la visualización directa de las estructuras intraarticulares. Por medio de los portales se introducen también los instrumentos necesarios para el tratamiento de las lesiones.</p> <p>Puede ser que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento o incluso tener que realizar el tratamiento mediante cirugía abierta.</p> <p>La operación necesita anestesia general, o de la extremidad que se va a intervenir. El servicio de anestesia estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.</p> <p>Dependiendo del tipo de operación, de la parte del cuerpo intervenida y de su estado previo de salud, puede precisar medicación para disminuir el riesgo de infección o de trombosis.</p>	
<p><b>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</b></p> <p>El postoperatorio suele ser corto y el dolor de la zona operada es habitualmente leve y transitorio y si fuera necesario se calma mediante el uso de analgésicos.</p>	
<p><b>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</b></p> <p>Mediante este procedimiento se pretende eliminar el dolor y el déficit funcional que conlleva dicha patología.</p>	
<p><b>OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:</b></p> <p>Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto, se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática, infiltraciones o inmovilización. Cirugía convencional con artrotomía (cirugía abierta).</p>	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
**ARTROSCOPIA DE HOMBRO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CLÍNICA  
**PAREJO & CAÑERO**  
HOSPITAL DE DÍA



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA</b>
En su caso:	
<b>QUÉ RIESGOS TIENE</b> Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. <ul style="list-style-type: none"><li>• Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.</li><li>• Hematoma o lesión vascular</li><li>• Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.</li><li>• Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.</li><li>• Persistencia del dolor, inestabilidad o déficit funcional.</li><li>• Fracturas de estructuras óseas cercanas durante las manipulaciones requeridas.</li><li>• Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.</li><li>• Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular de los implantes o instrumental quirúrgico.</li><li>• Necrosis cutáneas.</li><li>• Cicatriz de la herida dolorosa.</li><li>• Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck.</li><li>• Síndrome compartimental.</li><li>• Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y fallecimiento).</li></ul> La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, ...), pero en ocasiones, pueden llegar a requerir una nueva intervención.	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
**ARTROSCOPIA DE HOMBRO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:</li></ul>	
<b>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:</b> Existen situaciones en las cuales la conveniencia de esta intervención puede ser dudosa o cuestionable: <ul style="list-style-type: none"><li>– Enfermedad circulatoria grave.</li><li>– Infección o lesiones de la piel en la extremidad que se va a operar.</li><li>– Pacientes que por cuestiones personales o sociales no van a seguir las recomendaciones y cuidados posteriores a la intervención.</li><li>– Otras: Hay pacientes que pueden presentar situaciones que supongan un riesgo muy elevado para la anestesia.</li></ul> Deberá comunicar al personal sanitario cualquier situación de este tipo antes de la intervención.  Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.	
<b>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</b>	
<b>OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.</li><li>- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.</li><li>- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da autorización. Su identidad será preservada de forma confidencial.</li></ul>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
ARTROSCOPIA DE HOMBRO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA</b>
<b>1.2</b>	<b>IMÁGENES EXPLICATIVAS</b>
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
ARTROSCOPIA DE HOMBRO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CLÍNICA  
PAREJO & CAÑERO  
HOSPITAL DE DÍA**

<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA</b>
--	----------------------------------

<b>2</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
<b>2.1</b>	<b>DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)</b>	
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
	APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

<b>2.2</b>	<b>PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO</b>		
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
ARTROSCOPIA DE HOMBRO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CLÍNICA  
PAREJO & CAÑERO  
HOSPITAL DE DÍA**

<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA</b>
--	----------------------------------

<b>2.3</b>	<b>CONSENTIMIENTO</b>
------------	-----------------------

Yo, D/Dña. ...., manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SÍ       NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ       NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ       NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ       NO

NOTA: Márquese con una cruz.

En .....a.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

